



PROJECT ACCESS NASHVILLE SPECIALTY CARE  
A PROGRAM OF THE MEDICAL FOUNDATION OF NASHVILLE

28 White Bridge Road  
Suite 400  
Nashville, TN 37205  
Oficina: 615-712-6237  
Fax: 615-712-6247

## Declaración de Apoyo

Fecha: _____	Clínica que hizo referencia: _____
Nombre del paciente: _____	
Fecha de nacimiento del paciente: _____	Teléfono del paciente: _____
Dirección del paciente: _____	
Nombre del partidario: _____	Teléfono del partidario: _____
Relación al paciente: _____	

### Project Access Nashville Specialty Care:

Esta declaración de apoyo se certifica que (*nombre de paciente*) \_\_\_\_\_  
recibe pocos ingresos, o ninguno, y que estoy ayudando con sus gastos de vida.

Elija una opción:

**Opción 1:** El paciente vive conmigo y le proveo con todo de su apoyo financiero de la vivienda, utilidades y los gastos de alimentos.

**Opción 2:** Le proveo al paciente con \$ \_\_\_\_\_ cada mes.

Firma del partidario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_